IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA I INNOWACYJNOŚCI W MEDYCYNIE (NR 19)**

z dnia 9 marca 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 19)

9 marca 2023 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Wioletty Porowskiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat rozwoju pilotażowego programu Krajowej Sieci Kardiologicznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dzięgielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Beata Kasińska** kierownik Działu Świadczeń Kompleksowych i Pilotaży w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Magdalena Odachowska** specjalista kontroli państwowej w Najwyższej Izbie Kontroli, **prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki** pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, **prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz** kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego w Narodowym Instytucie Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, **prof. Marcin Grabowski** rzecznik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **prof. Robert Gil** prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **dr Grzegorz Wrona** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej, **Piotr Fonrobert** członek zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych oraz **Paweł Grabowski** były poseł.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Kasprzyk i Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie. Czy państwo mnie słyszycie? Dziękuję za możliwość hybrydowego poprowadzenia spotkania. Otwieram posiedzenie Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Bardzo proszę o podanie informacji, czy mamy kworum.

Bardzo proszę, żeby państwo, którzy są zdalnie, poinformowali, zagłosowali, że są. Widzę, że na sali mamy członków, pozostałych państwa bardzo proszę o zagłosowanie. Proszę państwa posłów o zagłosowanie, bo nie mam informacji.

Kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego w Narodowym Instytucie Kardiologii prof. dr hab. n. med. Andrzej Januszewicz:

Ja przepraszam, Andrzej Januszewicz, mam problem z zagłosowaniem, bo nie mogę wejść w tę opcję.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Ale ja widzę na pulpicie, że pan jest.

Kierownik w Narodowym Instytucie Kardiologii prof. Andrzej Januszewicz:

Dziękuję serdecznie, ja się teraz wyłączę i będę cały czas obecny.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, witam serdecznie, widzę państwa. Proszę państwa, stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat rozwoju pilotażowego programu Krajowej Sieci Kardiologicznej – przedstawia Minister Zdrowia. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały w wersji elektronicznej zostały wysłane do posłów na pocztę e-mail.

Witam wszystkich państwa profesorów, których widzę, że się zgłosili – widzę państwa zdalnie. Pan prof. Marcin Grabowski, rzecznik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, pan prof. Andrzej Januszewicz z Kliniki Nadciśnienia Tętniczego w Narodowym Instytucie Kardiologii – witam bardzo serdecznie. Witam panią Beatę Kasińską, kierownika Działu Świadczeń Kompleksowych i Pilotaży w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam też pana prof. Roberta Gila, a na miejscu jest pan dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dzięgielewski…

Wszystkich państwa powitałam i poprosiłabym o zabranie głosu przedstawiciela MZ. Bardzo proszę, pan Michał Dzięgielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w MZ.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Dziękuję bardzo, bo ten wątek przekazania mi głosu, pani przewodnicząca, umknął.

Szanowni państwo posłowie, szanowni goście, zasadniczo historia jest stosunkowo krótka, tzn. 26 maja 2021 r. weszło w życie rozporządzenie dotyczące pilotażu sieci kardiologicznej. Początkowo sieć miała trzy poziomy i jedno województwo, czyli było to województwo mazowieckie, sieć opierała się na regionalnym ośrodku koordynującym, którym był Instytut Kardiologii, oraz ośrodkach drugiego, pierwszego poziomu i ośrodkach współpracujących. Tak naprawdę sieć miała się zająć wybranymi, dość powszechnymi, ale trudnymi kardiologicznie schorzeniami, czyli nadciśnieniem wtórnym i nadciśnieniem samoistnym, które są osobnymi, trudnymi problemami z punktu widzenia samej diagnostyki i możliwości leczenia, komorowymi, nadkomorowymi zaburzeniami rytmu i przewodnictwa. Miała się zająć wadami serca i miała się zająć niewydolnością krążenia.

I tak naprawdę istotą sieci kardiologicznej było sprawdzenie metody koordynacji współpracy pomiędzy poszczególnymi ośrodkami, począwszy od podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie tacy pacjenci, którzy stwarzają problemy diagnostyczne i którzy nie mogą być do końca zdiagnozowani i nie mogą mieć ustalonego leczenia na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, powinni być wychwyceni i przekazani do ośrodków kolejnego poziomu, czyli do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Tak naprawdę szczegółowe zasady współpracy pomiędzy wszystkimi ośrodkami wszystkich poziomów i co do kogo należy, regulują wytyczne, które były jedną z istotnych rzeczy związanych z pilotażem krajowej sieci. Jest to zbiór bardzo dokładnych wytycznych wraz z zaznaczeniem ścieżki pacjenta i wraz z określeniem, w którym momencie, przy jakich objawach i na jakim poziomie należą mu się świadczenia opieki zdrowotnej po to, żeby po pierwsze, nie przedłużać sztucznie jego drogi poprzez poszczególne poziomy systemu, bo jak państwo wiedzą, samo oczekiwanie na wykonanie badania, na poradę ambulatoryjną, na przyjęcie do szpitala zajmuje dużo czasu. Tutaj ścieżki były łatwiejsze, gdyż cały system pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej posługiwał się jakby własnym wewnętrznym systemem kierowania pacjenta i jego przekazywania. Dość powiedzieć, że w tym czasie, który był poddany pilotażowi w województwie mazowieckim – to jest jedyne województwo, które w tej chwili jeszcze ma realne osiągnięcia i można pokazać realne dane – ci pacjenci nie czekali na przyjęcie na kolejnym poziomie, czyli ze skierowaniem do kardiologa bądź do szpitala dłużej niż 3 tygodnie. Jest to termin, póki co naprawdę szybki w tych warunkach, ale też trzeba przyznać, że ograniczamy się tu do pewnej populacji, która naprawdę tę poradę musi uzyskać. To nie jest proste nadciśnienie, gdzie jest kwestia ustawienia na tabletkach, czy choroba niedokrwienna. Nie jest to prosta sprawa dobrania tabletek, tylko sprawa pewnego rodzaju konieczności zasięgnięcia porady u specjalisty.

Nowością w KSK była także instytucja koordynatora, który pacjenta przeprowadzał przez ten cały system, oraz sposób zbierania danych, który umożliwi monitorowanie, umożliwi wyliczenie wskaźników efektywności dla poszczególnych ośrodków kardiologicznych. Jak państwo wiedzą, my zbieramy bardzo dużo danych, ale niekoniecznie

zawsze są to te dane, które byłyby niezbędne czy które dawałyby nam informacje o jakości udzielanych świadczeń, o efektywności i przede wszystkim o tym, jaką korzyść dla pacjenta mają świadczenia na poszczególnych etapach. Jeżeli chodzi o podsumowanie tego pierwszego etapu, który do końca 2022 r. toczył się na Mazowszu, to początkowo dość długo trwał sam okres organizacyjny, bo trzeba było stworzyć odpowiednią aplikację internetową, podpisać umowy ze świadczeniodawcami i pomiędzy świadczeniodawcami, bo tutaj trzeba było podpisać porozumienia pomiędzy poszczególnymi ośrodkami. W każdym razie rok 2021 to było początkowo tylko 2 świadczeniodawców i zrealizowano tam 260 świadczeń na rzecz 79 pacjentów, natomiast rok 2022 to już było 29 świadczeniodawców, którzy w tym procesie uczestniczyli, i łącznie przez te placówki przeszło prawie 3 tys. pacjentów, którym zrealizowano 11 tys. świadczeń, także to się rozwija. Ale to był pierwszy etap tej całej sieci.

Drugi etap miał miejsce w listopadzie zeszłego roku tj., 2022 i wtedy włączono do sieci kardiologicznej kolejne województwa: wielkopolskie, małopolskie, śląskie, pomorskie, dolnośląskie i łódzkie. W tych województwach w tej chwili finalizuje się proces zarówno podpisywania umów, jak i podpisywania porozumień między poszczególnymi ośrodkami. Pierwotnie zakładaliśmy, że ponieważ te ścieżki już są przetarte i wiemy, jak powinny wyglądać umowy, wiemy już, na czym polegają porozumienia, mamy już pewne doświadczenia, to uda się to skończyć do końca lutego. Okazało się jednak, że ten czas jest zbyt krótki i wydaliśmy pod koniec lutego rozporządzenie, które ten czas wydłuża do 31 marca, także myślę, że w ciągu 3–4 tygodni we wszystkich województwach będzie już cała sieć ośrodków, które będą działać na podobnej zasadzie, jak działały na Mazowszu.

Co jeszcze się zmieniło? Zmieniło się jeszcze to, że włączyliśmy niektóre placówki, czyli poradnie hipertensjologiczne oraz oddziały internistyczne do ośrodków, które mogą kierować do sieci kardiologicznej, bo same placówki POZ to było za mało. Podnieśliśmy troszkę stawkę w POZ, chociaż tu się zastanawiamy przez cały czas, jak zrekompensować pewnego rodzaju stratę, ponieważ pacjent, który został skierowany do kardiologa, jest pacjentem, za którego podstawowa opieka zdrowotna nie otrzymuje stawki związanej z pewnego rodzaju grupą dyspanseryjną czy jedną z czterech chorób przewlekłych. To jest mechanizm, nad którym w tej chwili pracujemy, aby zachęcić jeszcze bardziej POZ do tego, żeby mogły działać z korzyścią dla pacjenta.

Rozwiązaliśmy jeszcze jeden problem, bo jak państwo wiedzą, w podstawowej opiece zdrowotnej pojawiło się coś takiego jak opieka koordynowana i jednym z elementów tej opieki koordynowanej jest zajęcie się podobnym przekrojem pacjentów, czyli zaplanowanie im całego postępowania rocznego, harmonogramu wizyt, porad edukacyjnych, leczenia, badań kontrolnych w przypadkach kardiologicznych. I tu też jest krótka ścieżka do kardiologa, ponieważ to POZ podpisuje z nim bezpośrednio umowę, czyli można by rzec, że pierwotnie byłyby to potencjalne obszary konkurencji. Jednak dzięki znakomitej współpracy naszych konsultantów krajowych, z jednej strony pani prof. Agnieszki Mastalerz-Migas, która jest konsultantem krajowym ds. medycyny rodzinnej, zaś z drugiej strony pana Tomasza Hryniewieckiego, który jest pełnomocnikiem ministra i konsultantem krajowym ds. kardiologii, spotkali się oni kilkakrotnie i tak ułożyli te ścieżki, żeby wiadomo było, gdzie one mają punkty wspólne, jak odbywa się przekazywanie i w jakiej sytuacji.

Proszę państwa, pora skończyć z tym, że specjalista jest od każdej choroby, która dotyka tego układu. Banalne nadciśnienie nie powinno być leczone u kardiologa. Do tego celu prowadzi zarówno to, co robimy w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i to co robimy w Krajowej Sieci Kardiologicznej i wierzymy, że w ten sposób uda się wreszcie w jakiś sposób odetkać to wąskie gardło, czyli nasze pewnego rodzaju przyzwyczajenie, że do specjalisty chodzi się ze wszystkim. Tak kiedyś niestety działały ZOZ-y i o ile chwalę je pod każdym innym aspektem, to jednak przesunięcie ciężaru jakichkolwiek działań w stronę specjalistów było tam ewidentne, i tego niestety nauczyliśmy wszystkich ludzi.

Istotą Krajowej Sieci Kardiologicznej jest też wyłonienie pewnych specjalistycznych świadczeń do finansowania poza ryczałtem i bez limitu. W ramach tych świadczeń, jeżeli zostanie wykonanych więcej ablacji, wszczepienia defibrylatorów, rozruszników bądź wykonanych zabiegów przezcewnikowych lub z innego dostępu, wszczepienia sztucz-

nych zastawek serca, są one finansowane u pacjentów, którzy podlegają sieci – raz jeszcze przypomnę – oddzielnie i poza limitem, czyli tak naprawdę czyni to te świadczenia nielimitowanymi. I trzeba pamiętać jeszcze, że do sieci kardiologicznej w jej pilotażu kwalifikują się pacjenci powyżej 18 roku życia, u których wstępnie stwierdzamy jedną z czterech chorób, o których mówimy na początku. Jednocześnie, ponieważ rozszerzyliśmy pilotaż na kolejne województwa i będzie on obejmował teraz ponad połowę populacji Polski, przedłużyliśmy czas trwania tego pilotażu do końca 2024 r., po to, żeby wyciągnąć wnioski nie tylko co do organizacji, nie tylko co do skuteczności wytycznych, ale także do tego, czy organizacyjnie jesteśmy w stanie powiązać te wszystkie ośrodki ze sobą. Bo jak państwo wiedzą, największym problemem pacjenta w tej chwili jest pewnego rodzaju rozdzielność i fragmentyzacja opieki zdrowotnej, tzn., że z każdego etapu pacjent wychodzi ze skierowaniem, z którym musi radzić sobie sam. Sieć jest pewnego rodzaju próbą odpowiedzi na to, próbą stworzenia kompleksowego systemu opieki, w którym pacjent będzie w skoordynowany sposób przechodził pomiędzy poszczególnymi współpracującymi ze sobą placówkami. Myślimy, że to będzie lekarstwo na pewne niedomogi i na to, że system wydaje nam się być nie do końca sprawny i ustawia pacjenta w długiej kolejce. Czyli po pierwsze, zadbać o to, żeby do specjalisty trafiali ci, którzy naprawdę tego potrzebują, ale po drugie, nie zostawiać pacjenta samemu sobie w momencie, kiedy do tego specjalisty czy na inne świadczenie zostanie skierowany. I taka jest mniej więcej idea sieci kardiologicznej.

To może ja tyle tytułem wstępu. Tu są znakomici eksperci z nami, więc z całą pewnością uzupełnią albo poddadzą jakieś nowe pomysły co do sieci kardiologicznej. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Ja przed chwileczką wszystkich państwa przedstawiałam, ale być może było zerwane połączenie, więc jeszcze raz powiem, że witam wszystkich państwa bardzo serdecznie i już osobno nie będę witała, tylko będę prosiła o głos. Wiem, że swoją opinią chce się z nami podzielić pan prof. Tomasz Hryniewiecki, pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii. Bardzo serdecznie proszę, panie profesorze, o zabranie głosu.

Pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki:

Witam serdecznie wszystkich państwa. Jako uzupełnienie tego, co powiedział pan dyrektor Dzięgielewski, jak widzę funkcjonowanie tej sieci. Formalnie 2 lata, ale rzeczywiste funkcjonowanie po ustaleniu ram organizacyjnych, po opracowaniu ścieżek pacjenta, po podpisaniu porozumień to rok. Ponad 3 tys. pacjentów, znacznie skrócona droga od podejrzenia rozpoznania, od postawienia podejrzenia rozpoznania do jego potwierdzenia i do leczenia, dobra ocena pacjentów, którzy czują się bezpieczniej, ponieważ cały czas są pod kontrolą, pod opieką asystenta, doświadczonej sekretarki, z którą mają kontakt i od razu wiedzą, gdzie odbędzie się kolejna wizyta, najczęściej ambulatoryjna, ale też hospitalizacja. Już na samym początku, kiedy są kierowani do sieci kardiologicznej przez lekarza rodzinnego, mają informację, gdzie i kiedy odbędzie się pierwsza wizyta kwalifikująca. To wszystko zwiększa bezpieczeństwo, zwiększa też poczucie pewności zarówno pacjentów, jak i lekarzy kierujących.

W szpitalach, które uczestniczą w sieci, dzięki tym regulacjom formalnym możliwe jest wykonywanie wszystkich zabiegów, również tych bardzo skomplikowanych, o które kardiolodzy występowali od lat. Czyli tak jak mówił pan dyrektor, przezcewnikowe implantacje zastawki aortalnej czy plastyka zastawki mitralnej metodą „brzeg do brzegu", czy zabiegi z zakresu elektrofizjologii są bezlimitowo wykonywane i lepiej finansowane. Na przykładzie Narodowego Instytutu Kardiologii, czyli mojej placówki, widzę, że tych zabiegów było w zeszłym roku dwa razy więcej niż w poprzednich latach, a więc efekt jest taki, jak oczekiwaliśmy. My chcemy, żeby wynikiem tej sieci była zmiana umiejscowienia kardiologa w systemie. Kardiolog powinien być konsultantem, natomiast stałą opiekę nad pacjentem z chorobami układu krążenia powinien sprawować lekarz rodzinny. Tylko wtedy możliwa jest poprawa sytuacji, jeśli chodzi o kolejki do poradni specjalistycznych.

W momencie, kiedy lekarz rodzinny kieruje pacjenta do sieci kardiologicznej, od razu musi zadeklarować przyjęcie pacjenta z powrotem po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Tutaj ten warunek jest absolutnie niezbędny, bo jeśli nie, to będzie tak jak dotychczas, czyli pomimo zdjęcia wszelkich limitów w poradniach specjalistycznych kolejki się nie zmniejszają, kardiolodzy zajmują się cały czas tymi pacjentami, którzy są stabilni i u których kontynuują wcześniej ustaloną terapię. A więc inne umiejscowienie specjalisty kardiologa w systemie – wydaje się, że to rozwiązanie jest kluczowe.

Chciałem też wskazać inne rozwiązania, nowe, ale takie, które pozwolą na zmianę sytuacji pacjentów oczekujących na wizytę, na konsultację i na zabiegi. Szerokie wykorzystanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a zwłaszcza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przyszpitalnej. Założenie jest takie, że te poradnie, które są zlokalizowane przy szpitalach, mają dostęp do pełnej diagnostyki, dokładnie takiej samej jak w trakcie hospitalizacji, czyli do całego zaplecza szpitalnego, zwykle bardzo nowoczesnego, a nie w pełni wykorzystanego. Pacjent może z tego korzystać w sposób szybszy, bezpieczniejszy, bez narażenia na ryzyko chociażby infekcji wewnątrzszpitalnych i tańszy. I to szeroko w tym pilotażu proponujemy, i to się sprawdza, a pacjenci w większości absolutnej bardzo to chwalą, że nie muszą kłaść się do szpitala na tzw. hospitalizacje diagnostyczne, czasami wielodniowe, tylko wolą przyjść nawet parę razy na ambulatoryjną diagnostykę.

Propozycja, która w tej chwili jest, te cztery ścieżki, które żeśmy wybrali, cztery ścieżki, czyli cztery grupy rozpoznań chorób kardiologicznych to jest początek i jeśli to się sprawdzi, to oczywiście mamy inne obszary bardzo istotne dla pacjentów z chorobami naczyniowymi. Tak samo jak tych 7 województw, a tak naprawdę w tej chwili dopiero dołączamy 6 nowych województw i tam ten pilotaż ruszy od 1 kwietnia. To też jest tylko początek, zakładamy, że w tym roku będą prowadzone prace nad przygotowaniem ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, tak żeby w przyszłym roku ta propozycja była dostępna dla wszystkich pacjentów w Polsce.

Chciałem też zwrócić uwagę, że Krajowa Sieć Kardiologiczna, pilotaż, to jest część dużych zmian w kardiologii czy też szerzej, w medycynie naczyniowej, które są zaplanowane na 10 lat i które są zawarte w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia został przyjęty przez Radę Ministrów w uchwale z 6 grudnia ubiegłego roku, prace nad tym programem trwały parę lat i elementem tego programu jest pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej. On został uruchomiony wcześniej niż cały program z tego powodu, że uznaliśmy, że sytuacja w okresie postpandemicznym, jeżeli chodzi o pacjentów kardiologicznych, jest taka, że zmiany są konieczne już teraz, bez oczekiwania na cały duży program. Ale ten program to jest szansa na ogromne zmiany jeśli chodzi o organizację opieki, jeśli chodzi o wprowadzanie innowacyjnych terapii, farmakoterapii, terapii zabiegowych, poprawienie organizacji opieki nad pacjentem i przede wszystkim profilaktyki, prewencji, a więc zabiegów z obszaru zdrowia publicznego. To jest niesłychanie istotne, a dotychczas mieliśmy z tym kłopoty, nie najlepsze wyniki i za mało serca do tego, zarówno jeśli chodzi o pracowników opieki zdrowotnej, lekarzy, jak i pacjentów. Bez tych działań, i to jeszcze wieloletnich, konsekwentnych, nie uda nam się zmienić sytuacji polskich pacjentów, sytuacji Polski jako kraju w tej chwili o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. My mamy jeszcze wiele rzeczy do zrobienia, żeby sytuacja była taka jak w Europie Zachodniej.

W Polsce choroby układu krążenia w dalszym ciągu są najważniejszą przyczyną zgonów, onkologia jest na drugim miejscu. Także ogromna praca przed nami, ale ta praca już się toczy i mam tu na myśli Krajową Sieć Kardiologiczną, ale również rozpoczynamy za chwilę badania epidemiologiczne, które ocenią sytuację populacji polskiej, jeśli chodzi o narażenie na choroby układu krążenia. Te badania ocenią zasoby systemu, jeśli chodzi o opiekę kardiologiczną, zarówno jeśli chodzi o pracowników, jak i… sprzęt… realizacji programu. Przed nami bardzo dużo pracy, zachęcam wszystkich do współpracy przy realizacji tego ogromnego, historycznego Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo serdecznie, panie profesorze. Rzeczywiście to olbrzymi program, olbrzymi projekt i warto, żebyśmy wszyscy przy nim współpracowali. Przed sekundą pytaliśmy, czy ktoś z państwa chciałby wziąć udział w dyskusji, ale nie widzę takiej informacji, w związku z powyższym bardzo serdecznie państwu dziękuję za udział…

Sekretarz Komisji Jakub Stefański:

Chwileczkę, pan Fonrobert się zgłasza.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Pan prof. Robert Gil? Bo nie widziałam informacji. Chciałby pan zabrać głos?

Sekretarz Komisji Jakub Stefański:

Pan Piotr Fonrobert.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Pan Piotr Fonrobert, bardzo proszę o zabranie głosu.

Członek zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Piotr Fonrobert:

Piotr Fonrobert, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Otóż w onkologii, jak państwo zapewne wiecie, pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej ma się już ku końcowi i teraz rozmawiamy na temat drugiego pilotażu. Chciałem panów profesorów spytać, co w przypadku, kiedy te dwa systemy się zazębiają, tzn. co będzie np. z koordynacją leczenia pacjenta onkologicznego, który wymaga terapii kardiologicznej, jak to zostanie rozwiązane, a być może już jest rozwiązane? Dziękuję.

Dyrektor departamentu w MZ Michał Dzięgielewski:

Ja spróbuję odpowiedzieć na to pytanie. Wprawdzie nie jestem profesorem, ale przynajmniej jestem na miejscu i trochę przy tej sieci kardiologicznej siedzę.

Chciałbym zwrócić uwagę, że jeżeli chodzi o Krajową Sieć Kardiologiczną, o jej pilotaż, to on zajmuje się tylko i wyłącznie wybranym, wycinkowym fragmentem schorzeń. Pacjenci onkologiczni wymagający pomocy kardiologicznej wykraczają poza ramy pilotażu, który ma być zjawiskiem powszechnym i ma dotyczyć dużych grup pacjentów, takich którzy odniosą istotne korzyści z tej synchronizacji. Oczywiście nie jest to problem podstawowej opieki zdrowotnej, nie jest to problem oddziałów kardiologicznych czy internistycznych, jest to problem raczej związany z dużymi ośrodkami onkologicznymi. Dość powszechne u pacjentów onkologicznych są problemy kardiologiczne, które są związane z toksycznością samej chemioterapii i leków cytostatycznych tam stosowanych, niemniej są to problemy, które wymagają odrębnego zaopiekowania i o ile dobrze pamiętam, jednym z fragmentów Narodowej Strategii Onkologii jest ustalenie zasad działania w przypadkach kardiologiczno-onkologicznych, tak je nazwijmy. To wymaga zupełnie odrębnego podejścia i z całą pewnością nie jest to w miarę powszechna sieć, to jednak powinny być mocno wyspecjalizowane ośrodki, bo i problem jest mocno specjalistyczny i złożony, tego się nie da zrobić w ramach powszechnego, adresowanego do wszystkich pacjentów systemu. To tak naprawdę są dwie zupełnie odrębne, póki co układanki, dwie odrębne – jeżeli mówimy o pacjentach z prostymi rzeczami jak nadciśnienie. W każdym razie nie są, póki co, przedmiotem regulacji Krajowej Sieci Kardiologicznej przypadki bardziej złożone.

Członek zarządu Fundacji PKPO Piotr Fonrobert:

Dziękuję serdecznie. Z tej wypowiedzi pana dyrektora wynikało, że może co prawda jeszcze nie, ale w przyszłości ten problem będzie widziany i będzie rozwiązywany. Dziękuję bardzo.

Dyrektor departamentu w MZ Michał Dzięgielewski:

Rozwiązywany będzie, natomiast nie mnóżmy bytów ponad konieczność, bo tak naprawdę nie ma co robić odrębnej sieci do tego, żeby zajmowała się pacjentami kardiologiczno-onkologicznymi. To jest zagadnienie, które wymaga zaadresowania, ale w samej onkologii wydaje się, bo to ona będzie głównym punktem uchwytu pacjenta i tym działaniem, które musi być podejmowane szybciej.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję za odpowiedź panu dyrektorowi. Widzę, że pan profesor zgłasza się do przedstawienia swojej perspektywy widzenia. Bardzo proszę, panie profesorze, o zabranie głosu.

Pełnomocnik ministra zdrowia prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki:

Dziękuję bardzo. Pomimo tego, że te sieci mają bardzo podobne nazwy, to organizacja jest jednak zupełnie inna, specyfika tych specjalności jest zupełnie odmienna. Natomiast jeśli chodzi o pacjentów onkologicznych zarówno tych, którzy są w sieci onkologicznej, jak i poza siecią, wszyscy oni mogą skorzystać już w tej chwili z sieci kardiologicznej. Jeśli jest podejrzenie powikłań związanych z terapią onkologiczną, np. niewydolność serca, to oczywiście można skorzystać z odpowiedniej ścieżki Krajowej Sieci Kardiologicznej. To jedno drugiego nie będzie wykluczało, a wręcz jest dodatkowym ułatwieniem, żeby szybciej zapewnić odpowiednią konsultację z zakresu kardioonkologii. To rzeczywiście jest dyscyplina, która jest coraz większym problemem, bo dotyczy coraz większej grupy pacjentów.

Przewodnicząca poseł Wioletta Porowska (PiS):

Bardzo dziękuję za to dopowiedzenie, panie profesorze. Czy są jeszcze jakieś osoby, które zgłaszają się do dyskusji? Nie widzę zgłoszeń. Proszę państwa, w związku z tym stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji, zamykam posiedzenie podkomisji, dziękuję wszystkim bardzo za udział, za przedstawienie tych ważnych informacji. Do widzenia.